

Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 - 2013

Dr. Uwe K. Preusker, Dr. Markus Müschenich, Sven Preusker

Mai 2014

Preusker Health Care OY

Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	5
2. Einführung.....	9
2.1. Aufgabenstellung und Zielsetzung.....	9
2.2. Aufbau des Gutachtens	9
2.3. Begriffsabgrenzung und Herangehensweise.....	11
3. Marktaustritte von Krankenhäusern 2003 bis 2013 im Überblick	15
3.1. Marktaustritte im Zeitverlauf	18
3.2. Marktaustritte nach Bundesland und Regionstyp	19
3.3. Marktaustritte nach Trägerschaft, Größe, Spezialisierung und ökonomischen Kennwerten	29
4. Fallstudien zu ausgewählten Marktaustritten.....	38
4.1. Auswahl und Hintergrund der dargestellten Fallstudien.....	38
4.2. Belegungs- und wirtschaftliche Probleme führen zum Marktaustritt: Fallstudie St. Josef Hospital Monheim	39
4.3. Marktaustritt nach Übernahme durch privaten Träger: Fallstudie Asklepios Klinik Nabburg.....	43
4.4. Insolvenz vor dem Marktaustritt: Fallstudie Frauenklinik Rheinfelden	46
4.5. Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Krankenhausplanung: Fallstudie Krankenhaus St. Elisabeth (Bad Hersfeld)	47
4.6. Hohes Minus trotz guter Auslastung: Fallstudie Hospital zum Heiligen Geist Horb..	50
4.7. Marktaustritt von Kleinst-Krankenhäusern: Fallstudie Kreiskrankenhaus Hemau	51
4.8. Fast-Marktaustritt: Fallstudie Krankenhaus Einbeck.....	53
5. Kosten eines Marktaustritts und Schließungsförderung der Länder	56
5.1. Kosten eines Marktaustritts – Ergebnisse der Recherche	57
5.2. Schließungsförderung in den Landeskrankengesetzen und Beispiele für tatsächliche Schließungsförderung durch Bundesländer	59
5.2.1. Beispiel Bayern: Ausgleichsanspruch bei Krankenhausschließung	60
5.2.2. Pauschale Schließungsförderung in Berlin, NRW und Hessen	62
5.2.3. Konkrete Beispiele für die Höhe von Schließungsförderung	64
5.3. Zwischenfazit: Schließungsförderungen decken tatsächliche Schließungskosten nicht	66
6. Qualitative Analyse: Stakeholder, Einflussfaktoren, Typen von Marktaustritten.....	68
6.1. Stakeholder-Analyse im Hinblick auf den Marktaustritt von Krankenhäusern.....	68
6.2. Unterstützende Faktoren und Hindernisse für Marktaustritte.....	72
6.2.1. Marktaustritt als mehrstufiger Prozess.....	72

6.2.2.	Krankenhausschließung als letzte Alternative	75
6.2.3.	Marktaustrittsschranken und Krankenhausmarkt.....	78
6.3.	Typologien von Marktaustritten.....	79
7.	Fazit.....	83
8.	Anhang.....	85
8.1.	Überblick: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013	85
8.1.1.	Kurzbeschreibung aller identifizierten Marktaustritte	86
8.1.2.	Ausgewählte Teil-Marktaustritte bzw. gescheiterte Marktaustritte.....	234
8.1.3.	Ergänzende Tabellen und Schaubilder.....	254
8.2.	Dokumentation der Regelungen der Landeskrankenhausgesetze zur Schließungsförderung und zur Rückzahlung von Fördermitteln bei Krankenhausschließung	258
8.3.	Dokumentation der einschlägigen Bestimmungen des KHG und ausgewählter Landeskrankenhausgesetze im Hinblick auf einen Trägerwechsel.....	274
9.	Literaturverzeichnis.....	287

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Statistische Ausgangssituation KH-Betten 31.12.2002-31.12.2012	16
Tabelle 2: Gegenüberstellung Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahl insgesamt, der Marktaustritte von Krankenhäusern sowie der dadurch ausgehiebenen Bettenanzahl 31.12.2002-31.12.2012 pro Bundesland und insgesamt	17
Tabelle 3: Entwicklung der Krankenhaus-Anzahl und der KH-Betten 1992 bis 2002 und 2002 bis 2012	18
Tabelle 4: Marktaustritte von Krankenhäusern zwischen Anfang 2003 und Herbst 2013	19
Tabelle 5: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Bundesländern	22
Tabelle 6: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach siedlungsstrukturellen Kreistypen	23
Tabelle 7: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und Kreistypen	24
Tabelle 8: Marktaustritt-Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft	30
Tabelle 9: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und Trägerschaft	30
Tabelle 10: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Trägerart und Bettengrößenklassen	32
Tabelle 11: Erlösbudget-Volumen, abgerechneter Casemix und Fallzahlen der Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013	33
Tabelle 12: Bettenabbau nach Fachrichtungen durch Marktaustritte 2003-2013	34
Tabelle 13: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Krankenhausart	35
Tabelle 14: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und KH-Art	36
Tabelle 15: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote	37
Tabelle 16: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Ursachen-Typen des Marktaustritts (gemäß Typologie I)	81
Tabelle 17: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Trägern und Ursachen-Typen des Marktaustritts	82
Tabelle 18: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Kategorisierung des Marktaustritts-Prozesses (ein- oder mehrstufig / Typologie II)	82
Tabelle 19: Kreise und kreisfreie Städte mit Marktaustritten von Krankenhäusern 2003-2013	254
Tabelle 20: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Bundesland, Krankenhausträger-Art und Krankenhausart	269
Schaubild 1: Marktaustritte von Krankenhäusern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen	23
Schaubild 2: Bettendichte in Kreisen mit Marktaustritt jeweils vor und nach dem Marktaustritt für alle 74 identifizierten Marktaustritte	26
Karte 1: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 in Kreisen und kreisfreien Städten mit Darstellung der Bevölkerungsdichte und von Mehrfach-Marktaustritten	28

1. Zusammenfassung

Ziel dieses vom GKV-Spitzenverband im Herbst 2013 in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Thema „Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland 2003 – 2013“ ist es, einen Überblick darüber zu geben, wo und in welchem Umfang vollständige Marktaustritte von Krankenhäusern seit der DRG-Einführung Anfang des Jahres 2003 bis Herbst 2013 stattgefunden und welche Einflussfaktoren dabei eine wesentliche Rolle gespielt haben.

Herangehensweise und Methodik

Als Marktaustritt wurden für dieses Gutachten solche Fälle gewertet, bei denen ein Krankenhaus oder ein Krankenhaus-Standort vollständig geschlossen und aus dem Markt ausgeschieden ist. Die Schließung eines Krankenhaus-Standortes wurde dabei als kleinste Einheit betrachtet.

Als empirische Basis für die Erstellung des Gutachtens wurde zunächst ein Überblick über die vollständigen Marktaustritte von Krankenhäusern seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 geschaffen. Dazu wurden in einem ersten Schritt alle im Zeitablauf in den Krankenhausverzeichnissen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nicht mehr aufgeführten Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte daraufhin untersucht, ob es sich um vollständige Marktaustritte, Fusionen oder Standortverlagerungen handelte. Ergänzt wurde das vorgenannte Vorgehen durch eine Auswertung der Verzeichnisse der Basisfallwerte aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013 von AOK-Bundesverband bzw. GKV-Spitzenverband. Als dritter Ansatz zur Identifizierung von Marktaustritten wurden die Veröffentlichungen der einschlägigen Fachpresse im fraglichen Zeitraum recherchiert. Für alle identifizierten Marktaustritte wurden dann – soweit vorhanden – die Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V ermittelt und in die Auswertung mit einbezogen. Ergänzend wurden im Rahmen der Recherchen zu unterschiedlichen Aspekten detaillierte Experteninterviews insbesondere mit Vertretern von Krankenhausträgern geführt.

Überblick: Marktaustritte 2003 - 2013

Die Studie zeigt, dass es zu deutlich weniger Marktaustritten gekommen ist als bisher angenommen. So weist zwar die offizielle Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für den Zeitraum 2003 bis 2012 einen Rückgang um insgesamt 204 auf 2.017 Krankenhäuser (Stand 31.12.2012) aus. Nach den Ergebnissen der Recherche zu diesem Gutachten sind von diesen insgesamt 204 nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern nur 74 oder gut 36 % auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen. Bezogen auf die Entwicklung der Bettenzahl ergibt sich gemäß der Krankenhausstatistik ein Rückgang um knapp 46.000 Betten. Auf vollständige Marktaustritte sind davon jedoch nach den Analysen dieses Gutachtens nur gut 5.200 Betten zurückzuführen. Der größte Teil des Bettenrückganges zwischen 2003 und Ende 2012 ist auf die Schließung von Abteilungen oder die Reduzierung von Bettenzahlen in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auf Bettenverlegungen im Zuge von Restrukturierungen zurückzuführen. Vollständige Marktaustritte spielen demnach beim Abbau von Krankenhäusern bzw. Krankenhausbetten gegenüber Teilschließungen und dem Abbau von Kapazitäten in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auch im Zuge von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern im betrachteten Untersuchungszeitraum eher eine geringe Rolle. Es überrascht daher wenig, dass die identifizierten Marktaustritte im untersuchten Zeitraum keinen negativen Einfluss auf die wohnortnahe Versorgung hatten. Untersucht man die identifizierten Marktaustritte näher, zeigen sich trotz der geringen Zahl einige auffällige Muster.

Der zeitliche Schwerpunkt der Marktaustritte lag in den Jahren 2003, 2004 und 2012. Bezogen auf die durch die Marktaustritte weggefallene Bettenzahl liegt das Jahr 2004 mit insgesamt knapp 1.200 Betten an der Spitze, gefolgt von 2012 (knapp 800 Betten). Es lässt sich kein Trend hinsichtlich der Häufigkeit von Marktaustritten im zeitlichen Verlauf erkennen.

In dem gesamten in die Untersuchung einbezogenen Zeitraum wurden vor allem kleinere Krankenhäuser geschlossen. Krankenhäuser, die vollständig geschlossen wurden, verfügten im Durchschnitt jeweils über gut 70 Betten. Der reguläre Korridor der Bettenzahl der Marktaustritts-Krankenhäuser reichte von 10 Betten bis zu 200 Betten. Nur in einem Fall wurde ein größeres Krankenhaus (mit 496 Betten) in ein Rehaszentrum umgewandelt. Auch die vorliegenden Daten zur Fallzahl oder dem Erlösvolumen zum Zeitpunkt der Schließung belegen, dass insbesondere kleine Krankenhäuser geschlossen wurden.

Die Auswertung der Krankenhaus-Marktaustritte nach siedlungsstrukturellen Kreistypen (Systematik nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)) zeigt, dass gut 70% aller Marktaustritte in städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten sowie ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen stattgefunden haben. Das widerlegt die häufig in der Öffentlichkeit vertretene These, dass bei Krankenhausschließungen vor allem die Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen betroffen ist. Zumindest für vollständige Marktaustritte kann diese These nicht bestätigt werden – im Gegenteil: nur rund ein Viertel aller Marktaustritte betraf dünn besiedelte ländliche Kreise.

Betrachtet man die Trägerschaft, zeigen die Analysen, dass rund ein Drittel aller identifizierten Krankenhaus-Marktaustritte durch öffentliche Träger vollzogen wurden. Die aus dem Markt ausgetretenen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft verfügten über insgesamt 1.488 Betten oder knapp 30 % der insgesamt durch Marktaustritt abgebauten Betten. In der Regel handelte es sich um kleine und kleinste Krankenhäuser. In freigemeinnütziger Trägerschaft befanden sich 27 % der aus dem Markt ausgeschiedenen Krankenhäuser mit gut 30 % der ausgeschiedenen Bettenkapazität und der höchsten durchschnittlichen Bettenzahl (81,5 Betten pro Marktaustritt) aller drei Trägergruppen. In privater Trägerschaft befanden sich knapp 40 % der Marktaustritts-Krankenhäuser mit gut 40 % der Bettenkapazität; die durchschnittliche Bettenzahl lag hier bei 75,8 Betten pro Marktaustritt.

Wertet man die vollständigen Marktaustritte der Jahre 2003-2013 nach Fachrichtungen aus, zeigt sich, dass der Bettenabbau vor allem in der Inneren Medizin (knapp 47 %) und der Chirurgie (knapp 24 %) stattgefunden hat.

Fast 45 % der geschlossenen Häuser waren Allgemeinkrankenhäuser. Diese Kliniken machten zusammen gut die Hälfte der Betten aus. 13,5 % aller Marktaustritte wurden durch Belegkrankenhäuser vollzogen. Diese stehen für knapp 7 % der geschlossenen Betten. Als dritte Gruppe wurden reine Fachkrankenhäuser identifiziert, die knapp 42 % der Marktaustritte repräsentieren und über rund 41 % der aus dem Markt ausgeschiedenen Betten verfügten.

Wesentliche Faktoren, Akteure und Strategien

Im zweiten Teil des Gutachtens wurde untersucht, welche Faktoren und Stakeholder bei den identifizierten Marktaustritten eine wesentliche Rolle gespielt haben.

Die wichtigsten Stakeholder von Marktaustritten sind die Krankenhausträger sowie das Klinik-Management und die Aufsichtsgremien, die Politik, meist vertreten durch Bürgermeister oder Landräte sowie die Bevölkerung und die örtlichen bzw. regionalen Presseorgane, das Personal und seine Vertretung. Die Landesplanungsbehörden sowie die Kostenträger gehören ebenso zum Kreis der Stakeholder, spielten aber im Untersuchungszeitraum eher eine untergeordnete Rolle.

Die Analysen zeigen zudem, dass in der Regel ein Marktaustritt in mehreren Stufen abläuft. Da die Schließung eines Krankenhauses nach wie vor von den Verantwortlichen vermieden wird, kommt es vor der eigentlichen Schließung eines Hauses typischerweise zu strategischen Handlungen, die eine Schließung vorbereiten sollen. Insgesamt lassen sich vier typische Strategien unterscheiden, die häufig dem Marktaustritt vorangestellt werden:

1. Delegation von Entscheidungskompetenz weg von der Ortsebene, d.h. vom Einzelträger zum Verbund oder zur Krankenhaus-Gruppe und damit auf eine überregionale Ebene,
2. Restrukturierung unter Einsatz von zum Teil hohen Finanzmitteln, um die drohende Schließung abzuwenden – und dies vielfach trotz öffentlich bekannter erheblicher Zweifel am Erfolg solcher Umstrukturierungs-Maßnahmen,
3. Versuch der Veräußerung des Krankenhauses oder des Standorts, oftmals trotz geringer Erfolgswahrscheinlichkeit, um den gescheiterten Verkauf dann als Begründung für eine KH-Schließung anzuführen,
4. Verhandlung mit den zuständigen Landesbehörden über eine finanzielle Förderung einer Umwidmung zur Nachnutzung.

Ursachen und Rahmenbedingungen

Wendet man sich den eigentlichen Marktaustritten zu, zeigt die Analyse, dass sich die Ursachen und Rahmenbedingungen von Marktaustritten nach sieben Gruppen klassifizieren lassen. Im Rahmen des Gutachtens wurde jede Fallgruppe exemplarisch anhand einer Fallstudie dargestellt.

1. Die erste Fallstudie stellt den Marktaustritt eines Krankenhauses dar, das aufgrund von **langfristigen Belegungsproblemen** in immer größere wirtschaftliche Schwierigkeiten gerät, die letztlich zur Schließung führen. Diese Fallgruppe steht für den häufigsten Marktaustrittsgrund. Oftmals geht dem eigentlichen Marktaustritt der Versuch durch Spezialisierung doch noch zu einer wirtschaftlich tragbaren Situation zu kommen voraus.
2. Auch die zweite Fallstudie stellt den Fall einer Schließung dar, die ursächlich in einer schlechten Auslastung begründet liegt. Allerdings erfolgt die **Schließung nach Privatisierung** durch einen großen Klinikbetreiber.
3. Eine spezielle Fallkonstellation wird anhand der dritten Fallstudie dargestellt – nämlich der Marktaustritt auf dem Wege einer **Insolvenz**. Ursächlich ist in der Regel auch in diesem Fall eine schlechte Auslastung, das Insolvenzverfahren führt jedoch zu einer eigenen Schließungssystematik.
4. Eine Besonderheit stellt dagegen der Ablauf eines Marktaustritts dar bei dem ein Krankenhaus trotz radikaler Kapazitätsreduktion und damit einhergehender anschließender verbesserter Auslastung schließlich aufgrund **hoher Fixkosten** doch vollständig geschlossen wird.
5. Eine weitere Fallstudie befasst sich mit den Marktaustritten aufgrund von **Vorgaben der Landeskrankenhausplanung**.
6. Anschließend wird die Schließung von **Kleinst-Krankenhäusern**, die in der Regel Belegkrankenhäuser sind, an einem Beispiel dargestellt.
7. Schließlich wurde eine Fallstudie aufgenommen, die exemplarisch darstellt, wie die **Schließung eines Krankenhauses** trotz eines konkreten Schließungsplans **verhindert** wurde.

Im Zuge der Arbeiten am Gutachten wurde deutlich, dass die Kosten des Marktaustritts einen wesentlichen Einflussfaktor bzw. eine wesentliche Marktaustrittshürde darstellen. Die im Zuge der Recherchen ermittelten Größenordnungen für die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses variieren aufgrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen für den jeweiligen Marktaustritt erheblich. Sie wurden in Gesprächen von den befragten Krankenhausmanagern auf mindestens 0,8 bis – für den Fall von Ausgleichszahlungen an Zusatzversorgungskassen - maximal 2,5 Jahresbudgets des jeweils betroffenen Krankenhauses beziffert. Dabei liegt die durchschnittliche Höhe der Schließungskosten in der Spanne zwischen einem und anderthalb Jahresbudgets.

In diesem Zusammenhang sind die zum Teil sehr unterschiedlichen landesrechtlichen Voraussetzungen für Krankenhausschließungen und die für diesen Fall gegebenenfalls zu gewährenden Schließungsförderungen und auch die Regelungen zur möglichen Rückforderung von in der Vergangenheit geflossenen Investitionskostenförderung durch die Länder bzw. den Verzicht auf eine solche Rückforderung relevant.

Auf der Grundlage der Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beinhalten alle Landeskrankenhausgesetze Regelungen zum Fördertatbestand „Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern“. Dabei variieren allerdings die Vorschriften zur Schließungsförderung und ihrer Höhe von Land zu Land erheblich. Drei landesrechtliche Regelungen (Berlin, NRW, Hessen) enthalten konkrete Angaben über die Höhe der Schließungsförderung, die zwischen 6.000 und 16.500 Euro pro Bett eines vollständig geschlossenen Krankenhauses reichen. NRW setzt dagegen mit seiner pauschalen Förderung am genehmigten Budget des der Schließung vorausgegangenen Jahres an und bemisst die pauschale Schließungsförderung auf 1 % dieses Budgets.

Fazit und Handlungsempfehlungen

Insgesamt scheinen gesetzliche vorgesehene Förderungen die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses nicht zu decken. Problematisch ist zudem die hohe Prozessunsicherheit und Intransparenz, die letztlich dazu führt, dass eine mögliche Schließungsförderung ein kaum planbares Verhandlungsergebnis darstellt, das durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflussbar ist.

Das spiegelt sich auch in der Zahl der tatsächlich im Kontext der identifizierten Marktaustritte gewährten Schließungsförderungen. Denn nur für fünf Marktaustritte konnte eine Schließungsförderung durch die Länder recherchiert werden. Die Förderung selbst bewegte sich zwischen 400.000 und 3 Millionen Euro.

Gegebenenfalls ist die überschaubare Schließungsförderung mit ein Grund dafür, dass nur in etwa der Hälfte der Marktaustritte Hinweise auf eine Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote gefunden wurden. In rund einem Fünftel der Fälle findet eine Nachnutzung durch ein ambulantes Versorgungsangebot statt, so zum Beispiel durch niedergelassene Ärzte, oder durch Notfallstationen, Einrichtungen für ambulantes Operieren. Eine Nachnutzung als Rehabilitationseinrichtung konnte für insgesamt zehn Prozent der Marktaustritte festgestellt werden; ebenso häufig ist eine spätere Nutzung als Pflegeeinrichtung.

In der Gesamtbetrachtung zeigt das Gutachten, dass strukturelle Faktoren eine substantielle Marktberreinigung verhindert. Zu einem Abbau von Marktaustrittsbarrieren können a) eine begründete Unterscheidung zwischen bedarfsnotwendigen und nicht-bedarfsnotwendigen Krankenhäusern, b) eine substantielle Schließungsförderung, die sich an den tatsächlichen Kosten einer Krankenhausschließung orientiert sowie c) eine Klärung und Standardisierung des Ablaufs bzw. der Prozesse einer Schließung beitragen.